様式第１号（第５条関係）

　　　年　　　月　　　日

天栄村長　　様

天栄村高齢者補聴器購入事業補助金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　申請者（対象者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 天栄村 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 電話番号 | 　　　　　　　（　　　　　） |

　次のとおり、天栄村高齢者補聴器購入事業補助金交付要綱第５条の規定により申請します。

　私は、天栄村高齢者補聴器購入事業補助金の支給のため、村が必要な情報の公簿等の確認を行うことについて承諾します。

|  |  |
| --- | --- |
| 購入を希望する補聴器 |  |
| 身体障がい者手帳の有無 | 有　・　無 |
| 過去5年間の補聴器の購入状況 | 右（有・無）　　年　　月　　日購入左（有・無）　　年　　月　　日購入□天栄村高齢者補聴器購入事業補助金による交付□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添　付　書　類 | １．販売事業者が作成した見積書（宛名が対象者のもの）２．天栄村高齢者補聴器購入事業補助金医師意見書（様式第２号）３．オージオグラム（純音聴力検査表）（３カ月以内のものに限る） |
| 備　　　　考 |  |